



# THÀNH PHỐ MILPITAS

BIỂU MẪU NƯỚC 998-A

XÁC NHẬN CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC BAN ĐẦU

THÔNG TIN CHỦ TÀI KHOẢN	
Phần bên dưới do Chủ Tài Khoản Cư Trú điền	
SỐ TÀI KHOẢN	TÊN CHỦ TÀI KHOẢN
SỐ ĐIỆN THOẠI CHỦ TÀI KHOẢN	EMAIL CHỦ TÀI KHOẢN
ĐỊA CHỈ DỊCH VỤ	NGƯỜI THỤ HƯỞNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC BAN ĐẦU
NGÀY TRÊN HÓA ĐƠN YÊU CẦU THỎA THUẬN THANH TOÁN	SỐ TIỀN TRÊN HÓA ĐƠN YÊU CẦU THỎA THUẬN THANH TOÁN

**CHỨNG NHẬN CỦA CHỦ TÀI KHOẢN:**

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi, chủ tài khoản, xác nhận sẽ chịu hình phạt nếu khai man rằng người đang nhận dịch vụ chăm sóc ban đầu có tên ở trên đang cư trú tại địa chỉ dịch vụ được nêu ở trên.

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký Chủ Tài Khoản

\_\_\_\_\_  
Tên Viết In Hoa

\_\_\_\_\_  
Ngày

CHỨNG NHẬN CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC BAN ĐẦU	
Phần dưới đây do Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Ban Đầu điền	
TÊN BỆNH NHÂN	TÊN NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC BAN ĐẦU
TÊN PHÒNG KHÁM	ĐỊA CHỈ PHÒNG KHÁM
SỐ ĐIỆN THOẠI PHÒNG KHÁM	XÁC NHẬN NHÀ CUNG CẤP TOÀN QUỐC

**CHỨNG NHẬN CỦA NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC BAN ĐẦU:**

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc ban đầu, xác nhận sẽ chịu hình phạt nếu khai man rằng người có tên trên và việc ngừng cung cấp dịch vụ cấp nước cho người này sẽ đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe và sự an toàn của họ.

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký Của Nhà Cung Cấp Dịch  
Vụ Chăm Sóc Ban Đầu

\_\_\_\_\_  
Tên Viết In Hoa

\_\_\_\_\_  
Ngày

PHẦN DÀNH RIÊNG CHO CƠ QUAN		
Date	Received By	Complete